



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DELEGACIONAL DE EDUCACIÓN EN SALUD
FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA FAMILIAR EN PRIMIGESTAS
ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
GENERAL VICENTE GUERRERO EN ACAPULCO GUERRERO**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ALDO PAUL RODRÍGUEZ VALENICIA

DIRECTOR DE TESIS:

DR. BALTAZAR JOANICO MORALES

ASESORA DE TESIS

DRA. GUILLERMINA JUANICO MORALES

NÚMERO DE REGISTRO:

R-2018-1102-015

ACAPULCO, GUERRERO, FEBRERO 2020



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.9**

**FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA FAMILIAR EN PRIMIGESTAS
ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL
VICENTE GUERRERO EN ACAPULCO GUERRERO**

Director de Tesis:

DR. BALTAZAR JOANICO MORALES

Tesista:

DR. ALDO PAÚL RODRÍGUEZ VALENCIA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación en Salud 1102 con número de registro 17 CI 12 001 066 ante COFEPRIS y número de registro ante CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 12 CEI 002 2018082.
H GRAL REGIONAL NUM 1

FECHA Miércoles, 26 de diciembre de 2018.

MTRO. BALTAZAR JOANICO MORALES
P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PRIMIGESTAS ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL No 1 "VICENTE GUERRERO" DEL IMSS EN ACAPULCO.

que sometió a consideración para evaluación de este Comité Local de Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

No. de Registro
R-2018-1102-015

~~ATENTAMENTE~~

EDGAR BALBUENA HERRERA

Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1102

IMSS
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGÍA FAMILIAR EN PRIMIGESTAS
ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES DEL HOSPITAL GENERAL
REGIONAL No. 01 "VICENTE GUERRERO" DEL IMSS EN ACAPULCO.
No. DE REGISTRO R-2018-1102-015


Dra. Ingrid Zaragoza Ruiz

Coordinadora de Planeación y Enlace Institucional




Dr. Francisco Barbosa Castañeda

Coordinador Auxiliar Médico de
Educación en Salud




Dra. Guillermina Juanico Morales

Coordinador Auxiliar Médico de
Investigación en Salud




Dra. Irasema Isabel Urbina Aranda

Profesor Titular del Curso de Especialización en
Medicina Familiar



**FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA FAMILIAR EN PRIMIGESTAS
ADOLESCENTES Y NO ADOLESCENTES DEL HOSPITAL
GENERAL VICENTE GUERRERO EN ACAPULCO GUERRERO**

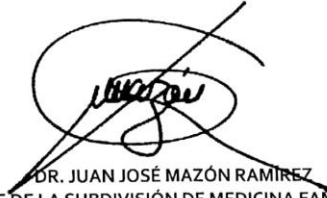
TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA

EN MEDICINA FAMILIAR

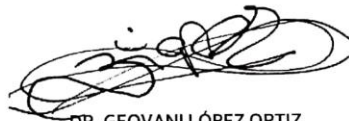
PRESENTA:

DR. ALDO PAÚL RODRÍGUEZ VELENCIA

AUTORIZACIONES



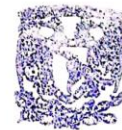
DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

A Denisse mi esposa y Rommel mi hijo por su apoyo incondicional y por soportar mi ausencia.

A mis padres y hermanos por siempre cuidar de mí y por hacerme lo que soy.

A todos los profesores y personal del instituto que formaron parte de mi proceso formativo como médico familiar.

DEDICATORIA.

A mis Padres, Denisse mi esposa, Rommel mi hijo por su invaluable apoyo.

INDICE DE CONTENIDO

1.-RESUMEN	8
2.-SUMARY	9
3.- MARCO TEORICO	10
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
5.-JUSTIFICACION	25
6.-OBJETIVOS	27
6.1 OBJETIVO GENERAL	27
6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS	27
7.-HIPOTESIS	27
8.- METODOLOGIA	28
8.1 TIPO DE ESTUDIO:	28
8.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO	28
8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTRA	29
8.4- CRITERIOS DE SELECCIÓN	30
8.5 DEFINICION DE VARIABLES	32
8.6 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	37
8.7 METODO DE RECOLECCION DE DATOS	37
8.8 ORGANIZACIÓN DE DATOS	39
8.9 ANALISIS ESTADISTICO	39
9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:	40
10 RESULTADOS	41
11 DISCUSION	52
12 CONCLUSIONES	55
13 RECOMENDACIONES	56
14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	57
15.-ANEXOS	61

1.-RESUMEN

Título: Funcionalidad y tipología familiar en primigestas adolescentes y no adolescentes del hospital general Vicente guerrero en acapulco guerrero

Introducción: A nivel mundial y nacional existe alta prevalencia de embarazo en la adolescencia, México es el primer lugar a nivel mundial, sus complicaciones tanto sociodemográficas, así como sanitarias provocan un problema importante de salud pública, aunque la mayoría de los adolescentes conocen de métodos anticonceptivos, se requieren mejores estrategias para controlar esta problemática

Objetivo Estudiar la funcionalidad y la tipología familiar de las adolescentes primigestas que lleven su control prenatal en el HGR Vicente Guerrero Acapulco Guerrero y compararlo con las primigestas en edad adulta

Material y métodos. Se realizó un estudio de casos y controles aplicando una encuesta en el periodo de marzo de 2018 a julio 2018, a primigestas adolescentes como casos y primigestas no adolescentes como controles. Se aplicó una encuesta con la cual se obtendrán datos sobre la percepción, tipología familiar, sociodemográficos y la prueba de APGAR con el que se obtendrá de la percepción de la funcionalidad familiar de las encuestadas.

Resultados. La percepción de la funcionalidad familiar en las embarazadas adolescentes presento un 62.9% de disfunción familiar, las embarazadas no adolescentes presentaron un 38.1% de percepción de cualquier grado de disfunción familiar. La tipología familiar de las embarazadas adolescentes comparada con las embarazadas adultas no muestra mucha diferencia significativa para ser considerada como factor de riesgo.

Conclusiones: La funcionalidad familiar es un factor de riesgo inversamente proporcional al desarrollo de embarazo en la adolescencia. Existen múltiples factores sociodemográficos que aumentan el riesgo desarrollar el embarazo en la adolescencia, tales como inicio de vida sexual, escolaridad, historia familiar entre otros.

Palabras clave: Embarazo, Adolescentes, Funcionalidad, Tipología, Familiar.

2.-SUMMARY

Background : At a global and national level there is a high prevalence of teenage pregnancy, Mexico is the first place worldwide, its sociodemographic, as well as sanitary complications cause an important public health problem, although most adolescents know about methods contraceptives, better strategies are required to control this problem

Objective To study the functionality and family typology of the adolescent girls who carry their prenatal control in the HGR Vicente Guerrero Acapulco Guerrero and compare it with the adult girls in adulthood

Methodology: A case-control study was conducted by applying a survey in the period from March 2018 to July 2018, to teenage primigests as cases and non-adolescent primigests as controls. A survey was applied with which data on the perception, family typology, sociodemographic and the APGAR test will be obtained, which will be obtained from the perception of the family functionality of the primigests who go to their prenatal control at Vicente Guerrero General Hospital Acapulco

Results: The perception of family functionality in pregnant adolescents presented 62.9% of family dysfunction, non-adolescent pregnant women presented a 38.1% perception of any degree of family dysfunction.

The family typology of teenage pregnant women compared to adult pregnant women does not show much significant difference to be considered as a risk factor.

Conclusions: Family functionality is a risk factor inversely proportional to the development of teenage pregnancy. There are multiple sociodemographic factors that increase the risk of developing teenage pregnancy, such as the beginning of sexual life, schooling, family history among others

Key words: Pregnanncy, Adolescents , Functionality , Family , Typology

3.- MARCO TEORICO.

Conceptos y epidemiología.

El concepto adolescente se popularizó a partir de los procesos de escolarización, dando lugar a un discurso alrededor de esta etapa de la vida que tiene como referente histórico la publicación del estudio de Stanley Hall en 1904 que describe la adolescencia como un periodo de tensiones e inestabilidad en la que hay ruptura con la infancia ⁽¹⁾.

La adolescencia es fundamentalmente una etapa de rápido e intenso crecimiento físico acompañado de profundos cambios en el cuerpo. Se manifiesta como un proceso de transición entre la infancia y la edad adulta. Comienza aproximadamente desde los 13 o 14 años a los 18 en la mujer y de los 13 o 14 a los 20 en los hombres ⁽²⁾.

La organización mundial de la salud (OMS) estableció que la adolescencia comprende desde los 10 hasta los 19 años y considera como embarazo en la mujer menor de 19 años como de alto riesgo. Así mismo plantea que para el año 2013, cerca de un millón de mujeres entre los 15 y 19 años quedaron embarazadas y un millón de menores de 15 años tuvieron un parto, aproximadamente 11% de los nacimientos a nivel mundial ⁽³⁾.

En América latina 108 de cada mil jóvenes de 15 a 19 años son madre. En lo que se refiere a México en ese mismo grupo de edad se registran 400 000 nacimientos anuales. Mientras que en México en el año 2014 residen 29.9 millones de jóvenes de 15 a 29 años, cifra que representa 24.9 % de la población total. En el primer trimestre del 2015, la tasa de desempleo de los adolescentes de 15 a 19 años y de los jóvenes de 20 a 24 años son de 8.6 y 8.3% respectivamente ^(2,4,5).

En 2014, 63.5 % de los jóvenes eran solteros, 33.1% están unidos y 3.4% se encuentran divorciados, separados o viudos. Datos de la ENADID 2014 indican que 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. En este mismo año ,de las mujeres embarazadas menores de 19 años, 30.6% no recibieron consultas prenatales .en este mismo año del total de mujeres en edad fértil que presentaron aborto 18.7% son adolescentes ⁽⁵⁾.

En México la tercera parte de los embarazos que son atendidos en las instituciones de salud es en mujeres menores de 24 años y13% corresponde a menores de 19 años En Acapulco Guerrero la edad promedio de embarazo en la adolescente es de17 años ⁽⁵⁾.

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

EL Embarazo en las adolescentes tiene una gran repercusión en el desarrollo de la mujer, ya que generalmente interrumpe la formación escolar y provoca dificultades para su incorporación al mercado laboral; así mismo un alto porcentaje se convierten en madres solteras con el subsecuente impacto personal y familiar ⁽⁶⁾.

Desde la perspectiva biológica y social, Juan R. Issler en 2001 definió el embarazo en adolescentes como el que ocurre dentro de los dos años ginecológica; entendiéndose por tal al tiempo transcurrido desde la menarca y/o cuando la adolescente es aún dependiente de su núcleo familiar de origen. Sin embargo, la OMS define que el embarazo en la adolescencia es aquel que ocurre entre los 10 y 19 años, sin tener en cuenta otras consideraciones ⁽⁶⁾.

La organización mundial de la salud considera como embarazo de riesgo el que ocurre en mujeres menores de 20 años, ya que es la causa principal de mortalidad en jóvenes de 15 a 19 años debido a complicaciones relacionada con parto y abortos prácticas en condiciones de riesgo ⁽⁷⁾.

El embarazo no planeado es una de las amenazas para el desarrollo integral de los y las adolescentes, ya que esta situación no esperada puede poner en peligro la salud de la mujer y retrasa o suspende los procesos de capacitación para la vida y para el trabajo productivo. Si bien el ejercicio de la sexualidad es un derecho humano, este debe hacerse con responsabilidad para uno mismo, la pareja y los hijos presentes y futuros ⁽⁸⁾.

El embarazo durante la adolescencia se considera a nivel mundial un problema de salud pública, por el incremento de la morbilidad y muerte materna y neonatal ⁽⁹⁾.

Se puede considerar que algunos determinantes como la estructura familiar, las condiciones socioeconómicas, el contexto, el bajo nivel educativo y la presión social podrían influir en las jóvenes para iniciar tempranamente su práctica sexual, el riesgo a quedar embarazada o por el contrario decidir por el aborto ⁽¹⁰⁾.

Otro de los factores para el embarazo en adolescentes en México es el inicio de la vida sexual activa temprano, de acuerdo con la encuesta sobre comportamiento reproductivo de los adolescentes y jóvenes del área metropolitana de la ciudad de México, se llegó al resultado de que el 41.9% de hombres y 22.9% declararon tener relaciones sexuales a una edad promedio de 17 y 16 años respectivamente. Según la encuesta nacional de juventud (ENJ-2000) declaró que la edad de inicio de la vida sexual fue entre los 15 y 19. El promedio para el inicio de la primera relación sexual fue de 15.2 años en hombres y de 15.3 años en mujeres ^(5,11).

El inicio de la vida sexual y el desconocimiento de métodos anticonceptivos es un factor de riesgo de acuerdo de la ENASUT 2012; el conocimiento básico sobre el condón entre adolescentes de 15 a 19 años ya sea que hayan iniciado su vida sexual o no es de más del 80%. Asimismo, el uso de este método entre

adolescentes durante su última relación sexual registra un incremento importante entre 2006 y 2012. A pesar de estos incrementos, en ninguna región de México se logra la meta de aumentar el uso del condón 70% en las relaciones sexuales en menores de 20 años para el año 2012 ⁽¹²⁾.

El desconocimiento y no hacer uso de métodos anticonceptivos es algo que consideran las adolescentes puede ser la causa de un embarazo a temprana edad ya que, en ocasiones, las adolescentes se dejan llevar por el placer y olvidan usarlo ⁽¹³⁾.

En un estudio realizado en un centro de salud en el año 2014 en donde se entrevistaron 120 adolescentes sobre el conocimiento de los métodos anticonceptivos el condón fue el método anticonceptivo mayormente utilizado (65%), así mismo este método es del que se tenía mejor conocimiento de su uso (98.8%) ⁽¹⁴⁾ .

En cuanto al conocimiento de los anticonceptivos, el condón fue el más conocido (100%) seguido por los hormonales orales (87%) y el condón femenino (85%). De los 120 adolescentes el 95% había recibido información de cómo utilizar los métodos anticonceptivos, las fuentes de información más frecuentes fueron los maestros (37.5%) seguido del personal de salud (31.7%) ⁽¹⁴⁾.

El embarazo durante la adolescencia no es el resultado de un proceso de toma de decisiones entre los dos miembros de una pareja, sino que ocurre como consecuencia de la no utilización de métodos anticonceptivos o su uso incorrecto. pero tampoco es el resultado de un encuentro ocasiona o esporádico no previsto por las chicas, sino que sucede en el marco de una relación de noviazgos socialmente conocida ⁽¹⁵⁾.

La escolaridad es otro factor que influye para la gestación durante la adolescencia, en un estudio realizado en un centro de salud en el departamento de Bolívar en la región del caribe en Colombia durante el año 2015 realizado en adolescentes gestantes, el promedio de años de escuela correspondía a 9 años, mientras que el 6% tenían 6 o menos años de escolaridad .En el año 2009 las adolescentes sin escolaridad presentaron una tasa más alta de fecundidad en comparación con las que tienen una educación secundaria o más ^(16,17).

En la república mexicana en un estudio de casos y controles realizado en IMSS HGZ no 6 de Ciudad Juárez Chihuahua por Acosta y Cárdenas en el año 2012 en cuanto a factores asociados a embarazo en las adolescentes indica que las embarazadas adolescentes tienen menor escolaridad en comparación con adolescentes que no se encuentran en periodo de gestación ⁽¹⁸⁾.

La pobreza puede considerarse como un factor de riesgo; la población actual de jóvenes en el mundo es la más grande que ha existido, de acuerdo con estadísticas, hay aproximadamente 3 mil millones de personas menores de 25 años y 85 % de ellas viven en países pobres. El embarazo se utiliza como una forma de seguridad económica y personal ⁽¹⁹⁾.

Según investigaciones realizadas por Langor, adolescentes que viven en zonas urbanas marginales o rurales con condiciones de pobreza, donde los grupos sociales son similares en salario, educación y condiciones de vida.⁽²⁰⁾

Otro de los factores predisponentes para una gestación en una adolescente es la disfunción familiar, en el año 2012 en Nezahualcóyotl estado de México se realizó un estudio transversal en embarazadas adolescentes y disfunción familiar en donde las adolescentes estudiadas en un 59.5% percibían a sus familias como altamente disfuncionales, seguido de moderada disfunción con el 34.5% y solo el 6% la percibían como una familia funcional. ⁽⁸⁾

En cuanto al patrón intergeneracional existe una fuerte asociación entre embarazo adolescente en una generación con embarazo adolescente con la siguiente generación, es decir es muy probable que una mujer que fue madre adolescente sea hija de una mujer que también fue madre y por último se ha documentado que el 40 % de las mujeres en la adolescencia que se embarazan no planean o no desean el embarazo en ese momento.^(21 ,22)

RIESGOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA.

Entre los riesgos más comúnmente señalados se destacan las hemorragias, el trabajo de parto prolongado, las complicaciones a largo plazo, hijos con elevado riesgo de prematuridad, lesiones durante el trabajo de parto m muertes perinatales y bajo peso al nacer. Las consecuencias perjudiciales no se limitan al punto de viste biológico; a estas se añaden otras en el plano social, tales como deserción escolar, incorporación temprana a la vida laboral, desajuste de la integración. ⁽²³⁾

El embarazo en la adolescencia está asociado con diversos problemas biológicos, psicológicos y sociales tanto para la madre como para su hijo, así como para la restricción en el crecimiento intrauterino además de considerarse un embarazo de alto riesgo debido a las posibles complicaciones durante la gestación como la preeclamsia y la anemia. ^(10, 24, 25)

La adolescencia es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar preeclamsia severa, así como para desarrollar sus complicaciones en comparación con grupos de edad mayores. Aunque la condición de ser adolescente no es factor más importante para desarrollarla. ⁽²⁶⁾

El nacimiento prematuro o parto pretérmino se produce antes de las 37 semanas y después de las 22 semanas de gestación. las adolescentes se ven expuestas a desarrollar parto pretérmino debido a riesgos de tipo biológico entre los que destacan inmadurez de las estructuras pélvicas y del sistema reproductor femenino, infección de vías urinarias, anemia, preeclamsia o ruptura prematura de membranas. ⁽²¹⁾

El bajo peso al nacer es mayor en las adolescentes que en las mujeres adultas., esto puede explicarse por la competencia entre el feto y la madre por los nutrientes, la malnutrición materna, prematuridad, las características propias de esta edad, así como el consumo de alcohol, sustancias psicoactivas, cigarrillo e inadecuados hábitos de alimentación. ^(25,27)

Los diámetros de la pelvis materna de la adolescente promedio no alcanzan el tamaño necesario para que el recorrido del feto se lleve en las mejores condiciones. En el periodo del trabajo de parto los problemas más frecuentes son las alteraciones de la posición del feto y la desproporción cefalopélvica, provocando cesáreas, distocias de parto y otras complicaciones como desgarros, hemorragias o infecciones secundarias a la difícil manipulación. ⁽²⁸⁾

Los hijos de las madres adolescentes tienen mayor riesgo de tener una variedad en su desarrollo y en medida que estos crecen, sufren peores condiciones de salud que los hijos de las mujeres que tenían más de 20 años cuando nace su primer hijo nació. ⁽²³⁾

La adolescente soltera que se queda embarazada se enfrenta a una serie de factores estresantes que pudieran estar asociados con un estado anímico de depresión durante la gestación. entre estos factores se encuentran el desarrollo

propio de la adolescencia que por ser un periodo lleno de cambios anatomofisiológicos y adaptativos, estos modifican la calidad y las expectativas de vida, además se ha señalado que el embarazo, especialmente el primero puede considerarse como una etapa de crisis que, a pesar de ser normal, altera el equilibrio emocional de la mujer. ⁽²⁹⁾

La depresión afecta principalmente a mujeres fértiles y es la primera causa de discapacidad, una de cada diez embarazadas presenta depresión, además que a depresión persistente en mujeres embarazadas se asoció a retraso en el desarrollo de sus hijos y a un riesgo de depresión 4.7 veces mayor en la adolescencia. Además, la depresión postparto se asoció a coeficientes intelectuales más bajos en la pubertad y a conductas violentas. ⁽²⁶⁾

La autoestima en una adolescente embarazada influye en muchos aspectos de la problemática social actual, entre ellos, que los embarazos en adolescentes son consecuencia en gran parte de una autoestima baja; de ahí nace la necesidad de intervención en un nivel profundo y psicológico, y no solo la exclusiva y repetitiva educación basada en la enseñanza de los métodos de planificación familiar y la salud sexual y reproductiva. ⁽²⁵⁾

Como consecuencia de su nueva condición, la adolescente puede presentar comportamiento poco habitual, destacando el descuido de su salud física y emocional, tales como infringirse daño físico e incluso provocarse el aborto. ⁽²⁷⁾

Al estudiar las razones para el abandono escolar, se encontró que el embarazo fue aducido entre las estudiantes mujeres como una razón importante para el abandono escolar y representa el 8% de las motivaciones expresadas. ⁽³⁰⁾

Otro problema muy común es como solventar económicamente un embarazo y los estudios. ante dicha situación casi siempre se ve la embarazada a buscar empleo para la manutención de su hijo y ante la poca preparación por su formación educativa inadecuada para conseguir un buen empleo aceptablemente remunerado debido a su experiencia laboral nula o limitada. ⁽³¹⁾

El embarazo en la adolescencia trae consigo una consecuencia común en este grupo etario y este es el aborto ya sea provocado o no provocado. En él 2009, las adolescentes que acudieron a recibir atención en la secretaria de salud principalmente por causas relacionadas con parto y puerperio (82%) y de estas las causas son parto espontaneo (71%) parto por cesárea (10%) aborto (8.4%), desproporción cefalopélvica (5.6) y ruptura prematura de membranas. ⁽²²⁾

En cuanto al aborto, regularmente son causas de morbilidad materna en adolescentes. en comparación con las mujeres adultas, las adolescentes recurren a la interrupción del embarazo en etapas avanzadas aumentando el riesgo ya sea reproductivo como la mortalidad materna. ⁽²²⁾

En el año 2008 en la ciudad de México en el hospital general “Fernando Quiroz “se realizó un estudio observacional, descriptivo de tipo transversal en el que se reporta que la atención de los abortos en embarazadas adolescentes, el total de ellos fue reportado como espontaneo siendo el 86.7% en el primer trimestre. Al comparar el porcentaje de abortos en contra de nacimientos el aborto represento el 18.7% . ⁽³²⁾

Como factor positivo del embarazo en la adolescencia podemos mencionar que la embarazada adolescente puede tener más disposición de tiempo por lo que acudir a consultas prenatales y /o cursos psicoprofilácticos resulta ser más fácil .⁽³³⁾

Tocando el punto de la mortalidad materna, en la república mexicana fue la cuarta causa de muerte entre 1980 y 2005 con 9% en promedio respecto al total de fallecimientos y en menores de 15 años se observó una mortalidad materna 2.5 veces mayor que en mujeres de entre 20 y 24 años. ⁽³⁾

RECIEN NACIDO

Las complicaciones en el recién nacido de una madre adolescente son muy variantes siendo los más frecuentes fueron las infecciones, las afecciones respiratorias y el trauma obstétrico. ⁽³⁴⁾

Las complicaciones de los recién nacidos hijos de madre adolescente los hijos de las madres adolescentes tienen más frecuencia a presentar enterocolitis necrosante, en cuanto a otras patologías neonatales frecuentes como persistencia del conducto arterioso, hemorragia interventricular, síndrome de dificultad respiratoria y displasia broncopulmonar no existe ninguna diferencia significativa en comparación con embarazadas no adolescentes. ⁽³⁵⁾

La mayoría de la literatura sobre morbilidad del recién nacido coinciden en que los hijos de la madre adolescente presentan mayor riesgo, más sin embargo un estudio realizado en el año 2014 en el instituto nacional de perinatología indica que el hecho de ser hijo de madre adolescente es similar a ser hijo de madre no adolescente no representa mayor riesgo de morbilidad neonatal. Tampoco existen diferencias significativas del bajo peso al nacer en hijos de madres adolescentes comparadas con madres adultas. ^(35, 36)

En cuanto a la mortalidad de los hijos de mujeres adolescentes, en América latina, Por ejemplo, en Paraguay, los hijos de mujeres de 15 a 19 años tienen 80% más

probabilidades de morir que los nacidos de mujeres entre 20 y 29 años. en la Republica dominicana los hijos de las madres adolescentes tienen un aumento de morir de 77%, en El Salvador 69%, en Perú 36 %, Colombia 29%. En Honduras la tasa de mortalidad es de 77% por cada 1000 nacidos vivos para las mujeres menores de 20 años. Retrasar el primer hijo por lo menos hasta los 18 años podría reducir hasta un 30 % de la mortalidad neonatal.⁽³⁷⁾

FAMILIA

Etimológicamente la palabra familia proviene del latín *familia* que significa grupo de siervos; *fámulos* significa siervo, esclavo o incluso del latín *famulus* que significa hambre. La familia es un grupo social, organizado como un sistema abierto, constituido por un numero variable de miembros, la mayoría conviven en un mismo lugar, vinculados por lazos ya sean consanguíneos, legales y /o afinidad. ^(38, 39)

FUNCIONES

Son las tareas que le corresponde realizar a los integrantes de la familia como un todo y son las siguientes funciones: Socialización, afecto, estatus. desarrollo y ejercicio de la sexualidad y reproducción. ^(40 41)

CLASIFICACION:

Para clasificar a la familia existen varios autores. de acuerdo con Anzures que la clasifica desde el punto de vista de su desarrollo social se puede clasificar de la siguiente manera:

- Familia moderna, tradicional y primitiva o arcaica.

Desde el punto de vista demográfico puede clasificarse de acuerdo con su ubicación geográfica residencial en:

- Rural, urbana y suburbana.

De acuerdo con la integración familiar se clasifica en:

- Familia integrada, semi-integrada y desintegrada.

De acuerdo con su estructura familiar

- Familia nuclear con hijos.

- Familia nuclear sin hijos.

- Familia seminuclear.

- Familia reconstituida.

- Familia extensa.

- Familia compuesta.

Clasificación de las familias con base en sus medios de subsistencia:

- Agrícolas y pecuarias, industrial y comercial.

CON PARENTESCO – CARACTERISTICAS

- Nuclear: hombre y mujer sin hijos.
- Nuclear simple: padre y madre con 1 a 3 hijos.
- Nuclear numerosa: padre y madre con 4 hijos o más.
- Reconstruida: padre y madre, en donde alguno o ambos han sido divorciados o viudos y tiene hijos de su unión anterior.
- Monoparental: padre o madre con hijos.

- Monoparental extendida compuesta: padre o madre con hijos, más otras personas con parentesco o sin él.
- Extensa: padre y madre con hijos, más otras personas con parentesco.
- Extensa compuesta: padre y madre con hijos más otras personas con y sin parentesco.
- No parental: familiares con vinculo de parentesco que realizan funciones o roles de familia sin la presencia de los padres⁽⁴²⁾⁽⁴³⁾.

ESTUDIO DE LA FAMILIA

Test de APGAR: nombre que proviene de las siglas A: adaptabilidad, P: participación o compañerismo, G: Ganancia o crecimiento, A: afecto, Resolución.

Este test sirve para conocer la percepción del individuo de la funcionalidad de la familia, está formado por cinco reactivos los cuales responden miembros de una familia mayores de 15 años y funciona percibiendo las variaciones de la funcionalidad familiar en los diferentes momentos de la vida.

Si la funcionalidad o la disfuncionalidad es encontrada en algún miembro de la familia, este calificativo se usa para todo el grupo familiar. Si en el cuestionario la calificación es de 0 a 3 se considera una familia disfuncional, 4 a 6 moderadamente disfuncional y de 7 a 10 funcional.

El reactivo tiene como probable respuesta casi nunca (0) a veces (1) y Casi siempre (2) y son los siguientes:

- ¿está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia?
- ¿discuten entre ustedes los problemas que tienen en casa?
- ¿las decisiones importantes se toman en conjunto?
- ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted permanecen juntos?

- ¿siente que su familia lo quiere? ⁽⁴⁴⁾

EMBARAZO EN ADOLESCENTES Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

La familia es de vital importancia en las conductas de las mujeres adolescentes y esta influye en las manifestaciones de su sexualidad, todo esto de acuerdo con su forma de crianza, el afecto que se recibe la forma en que son resueltas las crisis que presentan durante la dinámica de la familia. Dichas crisis pudieran considerarse como factores de riesgo para el desarrollo de un embarazo durante la etapa adolescente, entre los que destacan la violencia intrafamiliar, la tipología familiar ya que padres ausentes pueden considerarse como factor de riesgo, falta de afecto, madre con embarazo adolescente.

En un estudio realizado en Nezahualcóyotl en el estado de México en el año 2012 en el que se evalúa la percepción de la funcionalidad familiar en embarazadas adolescentes nos muestra que 59.5% de sus pacientes estudiados percibían a su familia como altamente disfuncional, 34.5% la percibían con moderada disfunción y solo el 6% de las encuestadas percibían a su familia como funcional. ⁽⁸⁾

4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la actualidad la población mundial estimada es de 6090 millones 17.5% son individuos entre 15 y 24 años de estos últimos 10% se embarazan, lo que equivale al 10% de todos los nacimientos del mundo. ⁽⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud ha señalado al embarazo como una de las prioridades en la atención de las adolescentes porque repercute en la salud de la madre y en la del niño. La mortalidad materna de mujeres de 15 a 19 años en los

países en desarrollo se duplica en comparación con la tasa de mortalidad del grupo de 20 a 34 años; en México, la mortalidad en madres de 24 años corresponde a 33% del total. ⁽¹⁾

Datos de la ENADID 2014 indican que 44.9% de las adolescentes de 15 a 19 años, sexualmente activas, declaró no haber usado un método anticonceptivo durante su primera relación sexual. ⁽⁵⁾

Para 2013, 83.9% del total de egresos hospitalarios en mujeres de 15 a 19 años, se relacionan con causas obstétricas. En este mismo año de las mujeres embarazadas menores de 19 años 30.6% no recibieron consultas prenatales. Del total de las mujeres en edad fértil (15-49 años) que presentaron un aborto, 18.7% eran adolescentes. ⁽⁵⁾

En México, los alumbramientos de madres adolescentes han aumentado. En el año 2000 los nacimientos correspondientes a mujeres de entre 15 y 19 años representaron 15.7% del total y en 2013 esta proporción ascendió a 16.3%. ⁽²⁾

El embarazo en niñas de entre 10 y 19 años interrumpe la adolescencia asignando nuevas responsabilidades. Algunas de las consecuencias psicológicas y sociales frecuentes son depresión posparto, riesgo de suicidio, truncas posibilidades de desarrollo personal, pérdida de proyectos de vida, deserción escolar, desocupación, dependencia económica y vínculos de apego inseguros con sus hijos, mismos que están más expuestos a abuso, negligencia parental, problemas conductuales y de rendimiento escolar. ⁽³⁾

En cuanto a lo que respecta a la funcionalidad familiar existen estudios en los que mencionan que las adolescentes embarazadas perciben a sus familias como altamente disfuncionales. Sin embargo, no existe un estudio en el que se realice un control con primigestas no adolescentes que se encuentren embarazadas, motivo por el que queda la interrogante si la funcionalidad es un factor que afecte el desenlace del embarazo en la adolescente.

Por todo lo mencionado anteriormente surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA TIPOLOGIA Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES PRIMIGESTAS ADOLESCENTES COMPARADAS CON PRIMIGESTAS NO ADOLESCENTES EN EL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO 1 VICENTE GUERRERO EN ACAPULCO GUERRERO?

5.-JUSTIFICACION

Debido a que el embarazo adolescente es un problema de salud pública a nivel mundial y ya que en la república mexicana existen alrededor del 44% de las adolescentes practican relaciones sexuales sin protección (INEGI) esto representa un alto riesgo para llegar al desenlace de un embarazo.

Debido a que Guerrero es una de las entidades con mayor incidencia en embarazos adolescentes y que Acapulco es una de las entidades con mayor número de adolescentes esto representa un aumento importante para presentar embarazo en esta etapa de la vida. Es por eso la importancia de desarrollar este proyecto de investigación.

En cuanto al aspecto familiar este estudio nos demostrara como la disfunción familiar contribuye de manera importante para gestarse un embarazo en la adolescencia.

Respecto al aspecto sociodemográfico la baja escolaridad y el nivel socioeconómico bajo destacan entre los factores que aumentan el embarazo en la adolescencia.

Ya que el embarazo en la adolescencia es un problema de salud pública, ocasionado por factores en su mayoría son modificables, este estudio nos mostrara la comparación entre una embarazada adolescente y una embarazada no adolescente y así intervenir en hacer mejoras en las formas de hacer llegar a los adolescentes desde su infancia una orientación más eficaz de los métodos de planificación familiar, así como las consecuencias de un embarazo en la adolescencia. Este estudio también nos mostrara que la funcionalidad familiar es un factor muy importante para evitar que se llegue a desarrollarse un embarazo en la adolescencia, de esta forma concientizar a los padres de familia sobre la importancia de fomentar el afecto, ayudar a sus hijos en sus problemas y resolverlos en conjunto, así como pasar más tiempo de calidad con ellos.

En cuanto al punto de vista económico, si se logra orientar a los padres de familia, se orienta de mejor forma, se ofrecen más oportunidades de escolaridad, la incidencia del embarazo adolescente decrecerá y por consiguiente a largo plazo a nivel del IMSS y otras instituciones disminuirán los costos de atención médica en control prenatal, atención del parto, puerperio y complicaciones de recién nacidos esto por considerarse un embarazo de alto riesgo. Por lo que los costos por esta causa en estas instituciones disminuirán e indirectamente verse mejorada la economía del país.

6.-OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Comparar la funcionalidad y la tipología familiar de las primigestas adolescentes con las primigestas adultas que acuden a la consulta externa de bajo y alto riesgo de obstetricia del Hospital general regional Vicente Guerrero en Acapulco Guerrero.

6.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

1.- Identificar la tipología familiar de origen y la funcionalidad familiar de las primigestas adolescentes y primigestas no adolescentes.

2.-Conocer los factores sociodemográficos que influyen en la aparición de un embarazo en la adolescencia en el HGR Vicente Guerrero, Acapulco Guerrero.

3.- Conocer con qué tipo de con seguridad social cuentan las primigestas adolescentes en el HGR Vicente Guerrero, Acapulco Guerrero.

7.-HIPOTESIS

Las adolescentes embarazadas que acuden al Hospital Vicente Guerrero De Acapulco Guerrero presentaran en más del 60 % cualquier grado de disfunción familiar.

El porcentaje de embarazadas adolescentes con una familia no nuclear será mayor al presentado por las embarazadas en edad adulta.

Más del 50% de las embarazadas adolescentes presentarán una familia tradicional de acuerdo con su desarrollo.

8.- METODOLOGIA

8.1 TIPO DE ESTUDIO:

Diseño epidemiológico, se realizará un estudio de casos y controles.

Proporción de casos y controles: 1:1

Casos: primigestas adolescentes que acudan a control prenatal al hospital general regional Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero.

Controles: primigestas no adolescentes que acudan a control prenatal al hospital regional Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero.

8.2 POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

En el estudio se estudiarán 194 pacientes embarazadas, las cuales están divididas en 2 grupos uno de casos compuesto de 97 pacientes las cuales serán embarazadas en la adolescencia y un grupo de controles compuesto por 97 embarazadas en edad adulta las cuales son usuarias del hospital general regional No 1 Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero y que sean atendidas en los módulos de consulta externa de alto y riesgo.

PERIODO DE ESTUDIO

Se encuestará a un total de 97 pacientes primigestas adolescentes y 97 primigestas no adolescentes que acudan a los módulos de alto y bajo riesgo de la consulta externa de obstetricia del HGR no 1 Vicente Guerrero durante el segundo semestre del año 2018.

LUGAR DE ESTUDIO

Hospital General Regional No 1 Vicente Guerrero, Acapulco Guerrero.

8.3 TAMAÑO DE LA MUESTRA Y TIPO DE MUESTRA

Se analizarán los datos obtenidos por conveniencia, en un grupo de primigestas que acudan a los módulos de consulta externa de alto y bajo riesgo del HGR Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero.

El tamaño de la muestra a estudiar resultante fue 194 sujetos, 97 para la obtención de casos y 97 para los controles, que acudan a la unidad durante el segundo semestre del año 2018, utilizando la siguiente fórmula (46) :

$$OR = w = \frac{p_1(1-p_2)}{p_2(1-p_1)} \Rightarrow wp_2(1-p_1) = p_1(1-p_2) \Rightarrow p_1(1-p_2+wp_2) = wp_2 \Rightarrow$$
$$\Rightarrow p_1 = \frac{wp_2}{(1-p_2)+wp_2}$$

Obteniendo los siguientes datos:

CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL EN ESTUDIOS DE CASOS Y CONTROLES

Cálculo del tamaño muestral mínimo necesario para detectar un odds ratio significativamente diferente de 1

Frecuencia de exposición entre los casos	0.60
Frecuencia de exposición entre los controles	0.40
Odds ratio a detectar	2.00
Nivel de seguridad	0.95
Potencia	0.80
Número de controles por caso	1

p1	0.60
p2	0.40
OR	2.00

TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO

Casos	97
Controles	97

Sonia Pértega Díaz

Salvador Pita Fernández

*Unidad de Epidemiología y Bioestadística
Complejo Hospitalario "Juan Canalejo"*

8.4- CRITERIOS DE SELECCIÓN.

8.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

- Primigestas adolescentes afiliadas al IMSS y que acudan a consulta de alto riesgo y bajo riesgo del HGR NO 1 Vicente Guerrero, Acapulco Guerrero.
- Primigestas no adolescentes afiliadas al IMSS que acudan a la consulta de alto y bajo riesgo del HGR No1 Vicente Guerrero, Acapulco Guerrero.
- Pacientes que acepten ser parte del estudio.

8.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Embarazadas que su única lengua sea un dialecto u otro idioma diferente al español.
- Embarazadas que estén diagnosticadas con alguna enfermedad psiquiátrica.

-Embarazadas que cumplan con los criterios de inclusión pero que no deseen participar en el estudio.

8.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.

- Encuestas que se realicen de manera incompleta.

8.5 DEFINICION DE VARIABLES

Dependiente

Edad en el embarazo.

Independientes.

- Funcionalidad familiar.
- Tipo de familia.
- Estado Civil.
- Escolaridad.
- Ocupación previa al embarazo.
- Edad de inicio de vida sexual
- Información sobre métodos anticonceptivos.
- Tipo de seguridad Social.
- Embarazo planeado.

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES:

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR
EDAD EN EL EMBARAZO	Numérica Cuantitativa	Tiempo que transcurre desde nacimiento hasta el momento del estudio.	Años transcurridos Desde el Nacimiento Hasta el momento actual (se aplicará en cuestionario)	Discreta	1.- Número de Años cumplidos al momento de registro.
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	Cualitativa	Se trata de la percepción que tiene la embarazada sobre las relaciones interpersonales en su familia y el cumplimiento de las funciones de la familia de origen de la embarazada.	De acuerdo con el resultado obtenido posterior a la aplicación del APGAR familiar.	Nominal	1.- Funcional 2.-Moderadamente disfuncional. 3.- Severamente disfuncional.
TIPOLOGIA FAMILIAR	Cualitativa	Condición que caracteriza a una familia de acuerdo con los integrantes que la conforman de acuerdo a su desarrollo, demografía y composición.	La que resulte después de encuestar a las primigestas, encuestando solo a la familia de origen.	Nominal	1.-Por su desarrollo: a) Moderna b) Tradicional c)primitiva. 2.- Por su residencia: a) Urbana b) Rural 3.-Por su composición:

					<ul style="list-style-type: none"> a) Nuclear. b) Seminuclear c) Extensa . d) Compuesta e) Otras
ESCOLARIDAD	Cualitativo	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional	Ultimo grado de estudios que haya cursado y concluido el paciente, grado de educación.	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Primaria 2.- Secundaria 3.- Bachillerato 4.- Técnico 5.- Licenciatura 6.- Posgrado 7.- Ninguno
OCUPACIÓN	Cualitativo	Tipo de trabajo que desempeña la embarazada primigesta previa al embarazo y que le genera recursos económicos.	<ul style="list-style-type: none"> 1. Trabajo media jornada. 2. Trabajo jornada completa. 3. Dueña de negocio. 4. Cesante 5. Pensionado 	Nominal	<ul style="list-style-type: none"> 1.- Empleado 2.- Desempleado 3.- Empleo propio 4- Empleo informal 5. Pensionado 6. Ama de casa. 7.- Otro
EDAD DE INICIO DE VIDA SEXUAL	Cuantitativo	Condición que favorece al desarrollo del embarazo en la adolescencia.	Años transcurridos desde el nacimiento hasta la edad en la que se inicia la vida sexual.	Nominal	-Número de años transcurridos para el inicio de la vida sexual.

ESTADO CIVIL	Cualitativo	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco	Condición que resulte posterior a la realización de la encuesta a la embarazada tanto adolescente como adulta.	Nominal	1.- Casada. 2.- Soltera. 3.- Unión libre. 4.- divorciada. 5.- Viuda.
INFORMACION SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Cualitativa	Es la información recibida previamente a su embarazo, sobre algún método de planificación familiar.	Es la condición resultante a la pregunta aplicada en la encuesta sobre si en algún momento de su vida recibió algún tipo de información sobre cualquier método anticonceptivo.	Nominal	1.- SI 2.- NO
TIPO DE SEGURIDAD SOCIAL.	Cualitativa	Es con la seguridad social que está afiliada al IMSS,	Es la, modalidad de seguridad social que refiera utilizar la embarazada para su atención.	Nominal	1.- Trabajador. 2.-Facultativo. 3.- Seguro de salud para la familia. 4.-Pensionados 5.-Pacientes beneficiarias.
HISTORIA FAMILIAR DE EMBARAZO ADOLESCENTE	Cualitativa	Es la situación conocida en su familia de haber	Será la que resulte de la respuesta a la aplicación de la encuesta.	Nominal	1.-Familiar con embarazo en la adolescencia.

		presentado un embarazo			2.-Sin algún familiar sin embarazo en la adolescencia.
EMBARAZO NO DESEADO	Cualitativa	Es aquel embarazo que se produce sin el deseo, planificación y ante la ausencia de o fallo de métodos anticonceptivos adecuados,	Será la que resulte de la respuesta a la aplicación de la encuesta	Nominal	1.- embarazo deseado. 2.- embarazo no deseado.
USO DE METODO EN SU PRIMER RELACION SEXUAL	Cualitativa	Es la acción de haber utilizado algún método de planificación familiar en su primera relación sexual	Será la condición resultante de la pregunta aplicada en el cuestionario.	Nominal	1.- Si 2.- No

8.6 DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud, se realizó un estudio de casos y controles en 194 embarazadas primigestas de las cuales 97 fueron en etapa adolescente y 97 en etapa adulta las cuales llevaron su control prenatal en los módulos de bajo y alto riesgo del hospital general regional No 1 Vicente Guerrero de Acapulco Guerrero. Después de haber explicado ampliamente al paciente en que consiste su participación en el estudio, se le solicitó que firmara una hoja de consentimiento informado, en caso de que no cuente con firma se plasmó su huella digital, posteriormente el encuestador otorgo las encuestas correspondientes que fueron contestadas por el paciente, y en caso de dudas en alguna de las cuestiones por parte del paciente se resolvieron por parte del encuestador. Se aplicó una encuesta para determinar: variables sociodemográficas como estado civil, escolaridad, ocupación previa al embarazo , edad de inicio de vida sexual , tipo de seguridad social , planeación del embarazo , información recibida de métodos anticonceptivos e integrantes que componen su familia de origen , también se realizó la prueba de APGAR para percepción de la funcionalidad familiar.

8.7 METODO DE RECOLECCION DE DATOS

El instrumento que se utilizara para evaluar este estudio constara de una cedula de identificación, escolaridad, tipo de seguridad social, ocupación, el tipo de personas con las que habita y su tipología familiar de acuerdo al consenso de medicina familiar 2015 y el instrumento de APGAR familiar el cual se describe a continuación:

APGAR FAMILIAR

Descripción.

El Apgar familiar es un instrumento de evaluación familiar que elaboró Smilkstein en 1978 con el propósito de que el médico familiar obtuviera información de sus pacientes en relación con la percepción de la funcionalidad de sus familias.

Consta de cinco reactivos, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia, y constituye un instrumento válido y fiable, de utilidad para determinar si la familia representa un recurso para el paciente o sí, por el contrario, contribuye a su enfermedad.

El cuestionario está elaborado de tal modo que puede ser contestado por todo tipo de familias, y mientras mayor sea el número de individuos a quienes se aplique, más completa será la visión que se pueda tener del funcionamiento del sistema familiar. Sin embargo, como cada persona contribuye al total, incluso la respuesta de una sola de ellas puede ser de valor.

Se realizó además una encuesta de 15 reactivos en donde se obtuvieron las variables sociodemográficas siguientes estado civil, escolaridad, ocupación previa al embarazo, edad de inicio de vida sexual, tipo de seguridad social, planeación del embarazo, información recibida de métodos anticonceptivos e integrantes que componen su familia de origen

8.8 ORGANIZACIÓN DE DATOS

Estudio de casos y controles en 194 pacientes embarazadas, 97 adolescentes y 97 en edad adulta en control prenatal en los módulos de alto y bajo riesgo del HGR durante el segundo semestre del año 2018.

previa autorización del Comité Local de Investigación en Salud y firma de carta de consentimiento informado por los pacientes. Primero se identificó si el paciente cumple criterios de selección, se aplicó la prueba de APGAR para percepción de la funcionalidad familiar, además se utilizó un cuestionario para la valoración de las variables sociodemográficas de las encuestadas.

8.9 ANALISIS ESTADISTICO

Los datos obtenidos serán codificados, digitados y analizados en el paquete estadístico SPSS VERSIÓN 23. Las variables estudiadas se analizarán, utilizando el formato de tablas de contingencia 2 x 2, comparando los factores asociados al embarazo en la adolescencia con un embarazo en la edad adulta. Esto permitirá estimar la magnitud del efecto a través de la razón de productos cruzados (OR). El nivel de confianza de estas estimaciones se valorará con la prueba de significancia estadística chi cuadrada de Mantel-Hansel (χ^2_{mh}) referida al valor de "P", los intervalos de confianza con la prueba de Miettinen. (43-45) Con estos elementos se obtendrán las tablas de análisis bivariado, de ellas se seleccionarán todas aquellas relaciones (contrastes) que alcanzaron la suficiente confianza estadística (95% y más)

9. CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Esta investigación de acuerdo con la “Ley General de Salud” de México y con su “Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud”, en su Título 2°, Capítulo 1°, Artículo 17, Fracción I, se considera este estudio como “Investigación sin riesgo” ya que se utilizan técnicas y Métodos de investigación documental, no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio(47).

Para la realización de este estudio no se contravino la “Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial” que establece los principios éticos para las investigaciones médicas en los seres humanos. Asamblea General 52°, en Edimburgo, Escocia en el año 2000 y en base a los establecido en la enmienda realizada en Tokio en 1975 el presente estudio fue revisado y aprobado por el comité local de investigación y bioética de la institución a la cual pertenezco (48)

La presente investigación se apegó a lo establecido en el decálogo de principios de experimentación médica con seres humanos del Código Internacional de Ética, conocido como Código de Núremberg y por lo tanto se evitó todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño a las personas que se incluyen en el estudio, las cuales lo harán solo si estas están física y mentalmente aptas(49).

De la misma forma se a bordo de acuerdo a lo establecido con el informe Belmont, el cual fue elaborado en 1978 por la National Comisión for the Protection of Human Subjects of Biomedical Reserch en los Estados Unidos, cuyos principios fundamentales son el respeto, la autonomía y la seguridad de las personas que se incluyeron en el estudio, de la misma forma el beneficio y la utilidad de este, es de beneficio para toda la sociedad en general (50).

En conclusión, se consideró: Aprobación previa del Comité de Investigación en Salud, consentimiento informado y documentación por escrito, reclutamiento equitativo de los participantes en la investigación, protección especial para los grupos vulnerables y revisión continua de la investigación aprobada.

10 RESULTADOS

En el estudio se encuestaron a 194 personas embarazadas de las cuales 97 fueron adolescentes y 97 no adolescentes o en edad adulta usuarias del HGR 1 Vicente Guerrero en los módulos de consulta externa de bajo riesgo y alto riesgo de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados.

Variables Sociodemográfica

El rango de edad de las adolescentes fue de entre 15 y 18 años 11 meses y 30 días con una media de 17.2, una mediana de 17 y una desviación estándar de .771. mientras que el rango de las embarazadas no adolescentes o adultas fue entre 19 y 44 años con una media de 23.7 años, una mediana de 23 y una desviación estándar de 3.823. (tabla 1)

Tabla 1. Edad

	CASOS		CONTROLES	
EDAD		%		%
	15 años	1	19-22 años	41.3
	16 años	17.8	23-26 años	36.1
	17 años	39.2	27-30 años	18.5
	18 años	42	>30 años	4.1

En cuanto a la escolaridad de las embarazadas adolescentes se encontró que la mayoría de ellas contaban con la educación básica (Secundaria completa) seguida de las adolescentes que se contaban con algún trabajo, en contraparte las embarazadas no adolescentes o adultas en su mayoría cuentan con la secundaria completa seguidas por una educación hasta el bachillerato y una minoría licenciatura o postgrado. (tabla 2)

En cuanto al estado civil de las embarazadas adolescentes una de cada 3 no cuenta con pareja, contrario a lo encontrado en las embarazadas adultas donde la mayoría de ellas se encuentran casadas o en unión libre. Respecto a la ocupación casi la mitad de las embarazadas adolescentes son amas de casa, mientras que las embarazadas adultas solo una de cada 3 son amas de casa. (tabla 2)

Tabla 2. Variables sociodemográficas

	CASOS		CONTROLES	
		%		%
ESCOLARIDAD	< Secundaria completa	17.5	< Secundaria completa	8.2
	Secundaria completa	65.9	Secundaria completa	51.6
	Bachillerato completo	16.5	Bachillerato completo	28.9
			Carreta técnica	4.1
			Licenciatura y postgrado	7.2
	ESTADO CIVIL	Soltera	37.1	Soltera
Casada/Unión libre		62.9	Casada/Unión libre	85.6
			Divorciada	1
OCUPACION	Ama de casa	46.4	Ama de casa	37.1
	Trabajadora	15.5	Trabajadora	50.5
	Estudiante	38.1	Estudiante	12.4

El inicio de vida sexual de las embarazadas adolescentes tuvo un rango de 12 a 18 años con una media de 16.2 y una mediana de 16, con una desviación estándar de .832, las embarazadas no adolescentes presentaron un rango de 14 a 27 años con una media de 18.3 con una mediana de 19 y una desviación estándar de 2.252. (tabla 3)

En cuanto al motivo para iniciar relaciones sexuales más de una tercera parte de las embarazadas adolescentes refirieron iniciarla por presión ya sea de su pareja o amistades, mientras que la gran mayoría de las embarazadas en edad adulta fue

por decisión propia. En la primera relación sexual las embarazadas adolescentes en su mayoría no utilizaron ningún método anticonceptivo a pesar de que 9 de cada 10 habían recibido información sobre ellos en cualquier momento de su vida, en contraparte las embarazadas en la edad adulta 2/3 de ellas si utilizaron algún método durante su primera relación sexual. Dentro de la encuesta se les pregunto sobre la planeación del embarazo en donde la mayoría de las adolescentes no planeo su embarazo, contrastando con lo referido de las adultas donde la mayoría de ellas planeo su embarazo.

Tabla 3. Vida sexual y planeación de embarazo.

	CASOS		CONTROLES	
		%		%
INICIO DE VIDA SEXUAL	12	1	14-18	46.4
	15	13.4	19-24	52.6
	16	48.5		
	17	35	>25	1
	18	2.1		
	MOTIVO PARA INICIAR VIDA SEXUAL	Decisión propia	71.1	Decisión propia
Presión de la pareja		27.8	Presión de la pareja	8.2
Presión de amigos		1	Presión de amigos	1
UTILIZACION DE METODO ANTICONCEPTIVO (1ER RELACION)	Si	39.2	Si	58.8
	No	60.8	No	42.2
INFORMACION RECIBIDA SOBRE METODOS ANTICONCEPTIVOS	Si	95.9	Si	97.9
	No	4.1	No	2.1
PLANEACION DEL EMBARAZO	Si	32	Si	66
	No	68	No	34

ANTECEDENTES FAMILIARES

Se cuestiono sobre los antecedentes de su familia de un embarazo en la adolescencia, las embarazadas adolescentes mencionaron dicho antecedente en su mayoría, contrario a lo que respondieron las adolescentes.

Al preguntar sobre la escolaridad de los padres en ambos grupos el predominio fue una educación básica (secundaria completa). (Tabla 4)

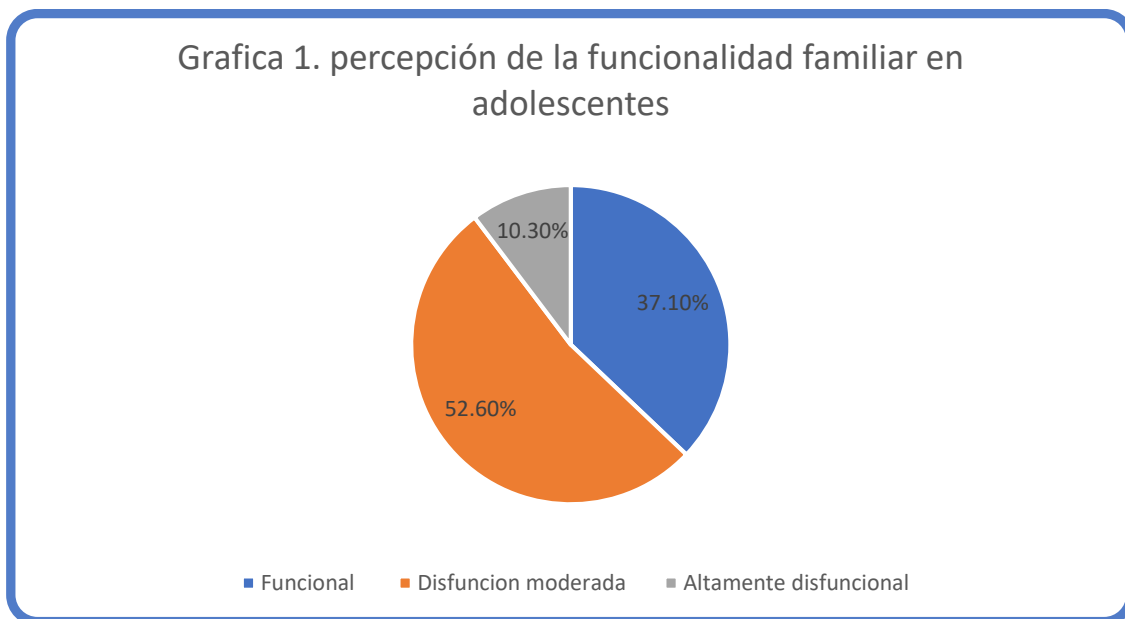
Tabla 4. Antecedentes familiares

	Casos		Controles	
		%		%
Antecedente familiar de embarazo adolescente	Si	58.8	Si	38.1
	No	41.2	No	61.9
Escolaridad de los Materna.	< Secundaria	29.9	< Secundaria	28.8
	Secundaria completa	37.2	Secundaria completa	43.3
	Bachillerato completo	26.8	Bachillerato completo	14.4
	Técnico	1	Técnico	5.2
	Licenciatura	5.2	Licenciatura	7.2
	No aplica	0	No aplica	1
	< Secundaria	24.7	< Secundaria	26.9
	Secundaria completa	45.4	Secundaria completa	41.2
Escolaridad paterna	Bachillerato completo	18.6	Bachillerato completo	13.4
	Técnico	1	Técnico	2.1
	Licenciatura	4.1	Licenciatura	7.2
	No aplica	6.2	No aplica	9.3

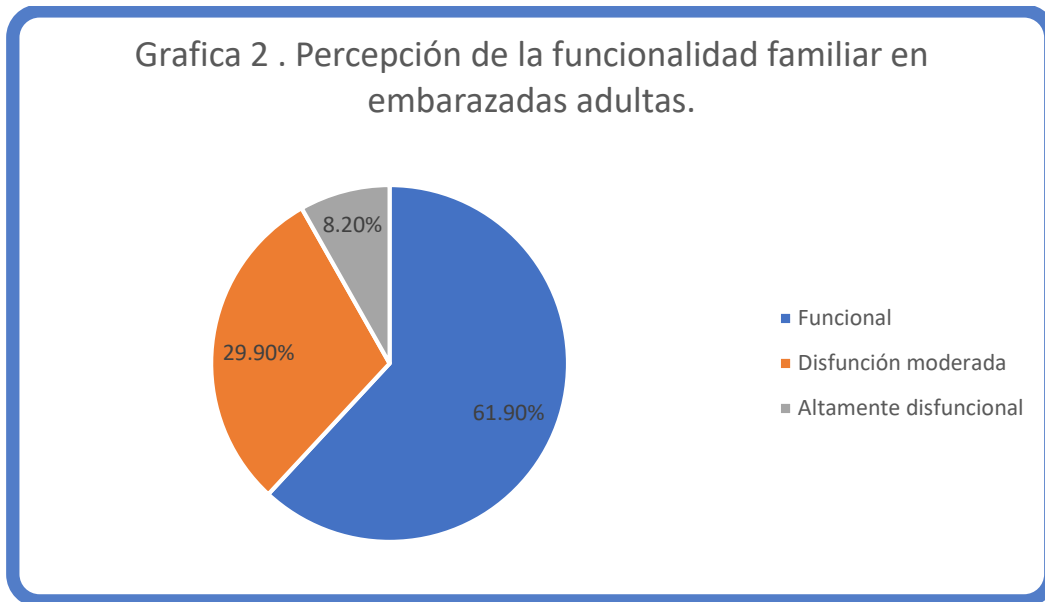
FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA FAMILIAR

Al aplicar la prueba de percepción de funcionalidad familiar APGAR en su familia de origen, las embarazadas adolescentes perciben en su mayoría cualquier grado de disfunción familiar, por el contrario, las embarazadas adultas perciben su familia de origen como funcionales tal y como se observa en la gráfica 1 y 2.

Ilustración 1 Percepción de la funcionalidad familiar en adolescentes



Grafica 2 Percepción de la funcionalidad familiar en adultas

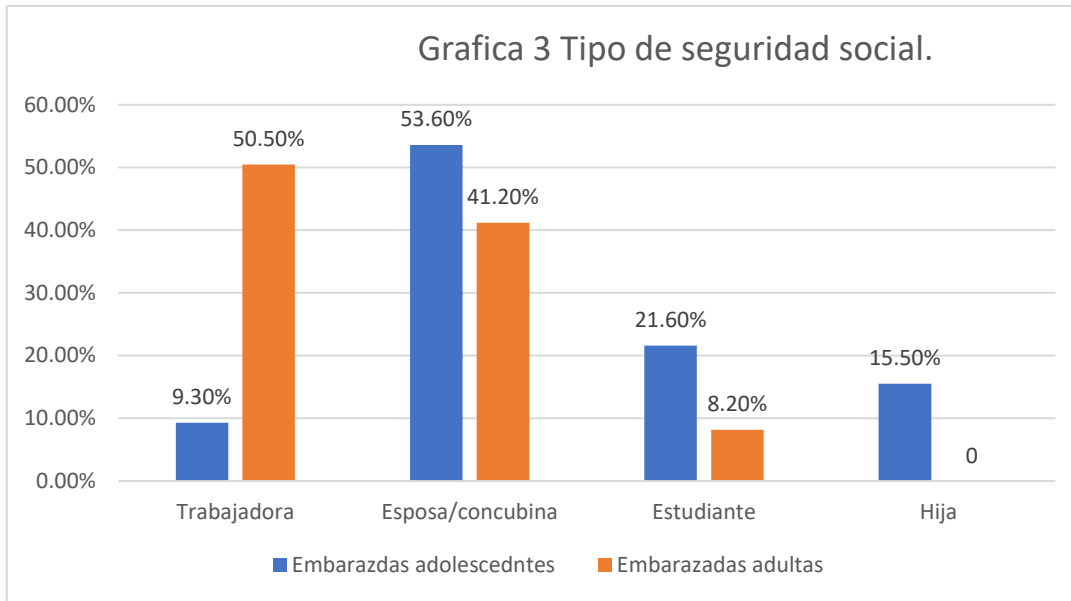


En cuanto a la tipología familiar por su desarrollo las embarazadas adolescentes presentaron con una ligera mayoría una familia tradicional mientras que en las embarazadas adultas predominó la familia moderna, en cuanto al tipo de familia por su demografía se encontró que prácticamente todas las familias de ambos grupos fueron de tipo urbanas, sobre la tipología familiar de acuerdo a su composición la mayoría de las familias de ambos grupos presentan grupos familiares parecidos siendo predominante las familias nucleares seguidas por las seminucleares o monoparentales como se muestra en la tabla 5.

Tabla 5. Tipología familiar

	Casos		Controles	
Tipología familiar de acuerdo con su desarrollo		%		%
	Tradicional	52.6	Tradicional	45.4
	Moderna	47.4	Moderna	54.6
Tipología familiar de acuerdo con su demografía	Urbana	100	Urbana	99%
	Rural	0	Rural	1%
Tipología familiar de acuerdo con su composición.	Nuclear	79.4	Nuclear	74.2
	Compuesta	1	Compuesta	4.1
	Extensa	6.2	Extensa	10.3
	Seminuclear	12.4	Seminuclear	11.3
	Reconstruida	1		

Se obtuvo el tipo de seguridad social con la cual las pacientes embarazadas encuentran afiliadas a nuestro instituto, los resultados arrojaron que más de la mitad de las embarazadas adolescentes cuentan seguridad social adquirida por el esposo o concubino, seguida por el seguro de estudiante, seguro otorgado por sus padres y al final seguro obtenido por ser trabajadora, mientras que las embarazadas adultas la mitad de ellas cuentan con un seguro de trabajadora seguida por el seguro obtenido por la pareja y una minoría con seguro de estudiante. (Grafica 3)



Análisis bivariado

Se realizó el análisis bivariado tomando en cuenta el ser embarazada y encontrando asociación con los siguientes factores: las pacientes con una escolaridad menor a bachillerato tienen 3.4 (OR) veces el riesgo de tener un embarazo en la adolescencia que quien cuenta con una escolaridad mayor a bachillerato, 2.2 veces más riesgo quien no utiliza métodos de planificación en su primer relación sexual comparado con quien utiliza métodos, 2.3 veces más quien tiene historia familiar de embarazo adolescente y 2.7 veces mayor riesgo de presentar embarazo en la adolescencia a quien tenga una percepción de cualquier tipo de disfunción familiar comparado con aquellas que perciben a su familia como funcional,. Presentan 2.0 veces mayor riesgo de tener un embarazo en la adolescencia, aquellas adolescentes que no recibieron nunca ningún tipo de información sobre métodos de anticoncepción., por último, en cuanto a la tipología familiar el no pertenecer a una familia nuclear incrementa 1.2 veces más que aquellas embarazadas que pertenecen a una familia nuclear.

		Casos	Controles	OR	IC 95%	χ^2 Mentel Haenszel
Escolaridad	Educación básica	81	58	3.4	1.7- 6.6	12.2
	>Bachillerato	16	38			
Estado civil	Soltera	36	14	3.4	1.7- 7.0	11.8
	Casada	61	83			
Ocupación	Ama de casa	45	36	1.4	0.826	2.6
	Trabajadora/ estudiante	52	61			
Motivo para tener relaciones sexuales	Presiones externas	28	9	3.9	1.7- 8-9	10.7
	Decisión propia	69	88			
Utilización de métodos anticonceptivos en primera relación sexual	No	59	40	2.2	1.2-3.9	6.6
	Si	38	57			
Inicio de vida sexual	<19 años	97	61	1.5	1.3-1.8	41.5
	>19 años	0	39			
Planeación del embarazo	No Planeado	66	33	4.2	2.2-7.5	21
	Si Planeado	31	64			
Historia familiar de embarazo en la adolescencia	Si	57	37	2.3	1.3-4.1	7.4
	No	40	60			
Percepción de funcionalidad familiar	Disfuncional	61	37	2.7	1.5-4.9	10.8
	Funcional	36	60			

Tipología familiar de acuerdo con su composición	Familia sin uno o ambos padres	13	11	1.2	0.5-2-8	0.47
	Familia con ambos padres.	84	86			
Tipología familiar de acuerdo con su desarrollo	Tradicional	46	53	0.749	0.426-1.317	0.739
	Moderna.	51	44			

11 DISCUSION.

En nuestro estudio pudimos determinar la tipología y funcionalidad familiar, así como los factores sociodemográficos y el tipo de seguridad social de las embarazadas adolescentes y compararlo con embarazadas no adolescentes, pudiendo determinar que las embarazadas adolescentes presentan 2.7 (OR) veces mayor riesgo de presentar el embarazo en la adolescencia cuando presentan cualquier grado de disfunción familiar, datos que coinciden con lo reportado por Zamudio y cols en una población urbana en Morelia Michoacán. ⁽⁵¹⁾

En cuanto a la tipología familiar en nuestro estudio encontramos que la familia de origen de las embarazadas adolescentes predomina el tipo de familia nuclear comparándolo con nuestro grupo control no presenta diferencia significativa para ser considerada como un factor de riesgo; este tipo de familia predomina en el estudio reportado por Zamudio y Cols ⁽⁵¹⁾.

Referente a la ocupación previa al embarazo se encontró que el ser adolescente y ser ama de casa es la característica más frecuente de nuestras encuestadas en contraparte las adultas que se encuentran laborando representan el mayor número, estos resultados son similares a los encontrados por Ramírez y casas ⁽⁸⁾ en el estado de México y por Blanquez y Torres en Tabasco. ⁽¹²⁾

En nuestro estudio encontramos que el estado civil predominante en las embarazadas adolescentes es casado o en unión libre (62%) sin embargo existe un porcentaje significativo (37%) de embarazadas adolescentes solteras, mientras que en nuestro grupo control el porcentaje de solteras es menor (13%), esto nos muestra que al presentar el embarazo la adolescente, está abandona el núcleo familiar de origen y pasa a formar su propia familia truncando así las posibilidades de continuar estudiando o comenzar a laborar pasando principalmente a realizar actividades del hogar . Nuestros resultados presentan similitud con lo reportado en una población rural en Puebla por Jiménez y Cosme en 2015 ⁽³⁾ y también en una población urbana en Chihuahua encontrado por Acosta y Cárdenas en el 2012. ⁽¹⁷⁾

Logramos conocer la escolaridad de las embarazadas adolescentes y adultas , donde la mayoría de ambos grupos se encuentran en el equivalente a la media nacional que es de 9.1 años de escolaridad de acuerdo a datos publicados por el INEGI, sin embargo encontramos que las embarazadas adolescentes tienen un porcentaje (17.5%) de escolaridad menor a la secundaria comparado con las adultas (8.2%) lo que nos representa un riesgo (OR) 3.4 veces mayor de presentar

un embarazo en la adolescencia. Estos datos concuerdan con lo reportado en una población urbana en Toluca Estado de México en lo reportado por Ramírez y Casas. ⁽⁸⁾

Referente a la información recibida sobre métodos anticonceptivos más del 95% de ambos grupos refirió haber recibido algún tipo de información sobre cualquier método anticonceptivo a lo largo de su vida , sin embargo consideramos dicha información de mala calidad ya que a pesar de tener dicha información ya que el 60 % de las embarazadas adolescentes y el 42 % de nuestro grupo control no utilizaron ningún método anticonceptivo en su primer relación sexual lo que representa 2.2 veces mayor riesgo (OR) que aquellas que si utilizaron métodos anticonceptivos, estos resultados concuerdan con lo encontrado por Villalobos y Campero en 2015. ⁽¹⁷⁾

Respecto al inicio de vida sexual el promedio de edad para las adolescentes fue de 16 años mientras que para las no adolescentes fue de 18 años lo que nos representa 1.5 veces mayor riesgo tener relaciones sexuales a menor edad para desarrollar un embarazo en la adolescencia resultados coinciden con lo reportado por Ramírez y Casas en 2012. ⁽⁸⁾

Se preguntó sobre las motivaciones para comenzar a tener relaciones sexuales lo que nos arrojó como resultado que la mayoría de las embarazadas de ambos tuvieran relaciones sexuales por decisión propia sin embargo un 28% de las embarazadas adolescentes refirieron iniciar vida sexual por presiones externas lo que nos muestra 3.9 veces mayor riesgo de embarazarse comparado con aquellas embarazadas adultas que lo hicieron por decisión propia , mismos resultados muestra Ramírez y Casas en un grupo de adolescentes urbanas en Toluca. ⁽⁸⁾

Tomando en cuenta la planeación del embarazo la mayoría de las adolescentes (68%) no planearon su embarazo comparándolo con nuestro grupo control donde el 34% de los embarazos no fueron planeados, estos resultados concuerdan con lo reportado por Zamudio y Cols en 2016 en Morelia Michoacán ⁽⁵¹⁾

Respecto a los antecedentes familiares de las embarazadas adolescentes, el tener una familiar de primera línea representa 2.3 veces mayor riesgo que aquellas adultas que no tienen familiares directos con dicho antecedente, estos resultados coinciden con diversos autores ^{(8) (46) (51)}. Respecto a la escolaridad de los padres

el 68 % de los padres tienen una escolaridad hasta la secundaria, coincidiendo con Cueva y Olvera en Acapulco en el año 2003 ⁽⁴⁶⁾ Sin embargo al compararlo con la escolaridad de los padres de nuestros controles observamos que no presenta diferencia significativa la escolaridad de los padres.

12 CONCLUSIONES.

La funcionalidad familiar influye como un factor de riesgo, de forma inversamente proporcional, a menor funcionalidad familiar mayor es el riesgo de desarrollar un embarazo en la adolescencia. La tipología familiar no muestra diferencia significativa para ser considerado como un factor de riesgo para el desarrollo del embarazo.

Las embarazadas que no trabajan ni estudian previo a su embarazo, tuvieron más riesgo de presentar un embarazo en la adolescencia, por lo que la escolaridad puede ser considerada como un factor protector para dicho problema.

La mayoría de las embarazadas reciben información en cualquier momento de su vida sobre los métodos anticonceptivos, pero al momento de tener relaciones sexuales no se utilizan lo que conlleva en gran medida a presentar un embarazo.

La mayoría de las embarazadas adolescentes comienzan a tener relaciones sexuales por decisión propia, sin embargo, existe un grupo significativo de embarazadas que lo hacen por presiones principalmente de su pareja.

A menor edad de comienzo de vida sexual activa mayor es el riesgo de presentar un embarazo en la adolescencia, así como tener un familiar de primero o segundo grado aumenta significativamente el riesgo de desarrollar un embarazo.

La escolaridad de los padres en diversos estudios se muestra como un factor de riesgo para el embarazo en la adolescencia, en nuestro estudio predomina una escolaridad baja en los padres de los adolescentes, pero al compararla con la de los padres de las embarazadas adultas no se encuentra diferencia alguna en estas por lo que no lo consideramos como un factor de riesgo.

13 RECOMENDACIONES.

1.- Hacer llegar a la población, así como a prestadores de servicios de salud en primer nivel de atención los lineamientos de la estrategia nacional de prevención del embarazo en la adolescencia la cual consta de información mediante páginas Web dirigidas a adolescentes, cursos para prestadores de atención primaria de salud y campañas de información.

2.- Proponer la creación o reestructurar el modelo de los centros de atención a adolescentes, exclusivos para la salud reproductiva, con el fin de hacer llegar el mensaje de prevención del embarazo en la adolescencia.

3.- Realizar como requisito para todas las parejas ya sean matrimonios o concubinatos un curso-taller de sexualidad y uso de métodos anticonceptivos con la finalidad de que las parejas eduquen sexualmente a sus futuros hijos y así disminuir la incidencia del problema.

4.- Implementar la sexualidad y uso de métodos anticonceptivos como materia escolar obligatoria desde la educación primaria y no solo como parte del programa de otras materias.

5.- Como médicos familiares conocer nuestra población de pacientes localizando y monitorizando aquellas familias que, por su funcionalidad familiar, o factores sociodemográficos presenten un riesgo potencial de embarazo en la adolescencia, realizando énfasis en su educación sexual. Así como educar a todas las familias con hijos en edad escolar y adolescente sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, en el consultorio y en apoyo con programas como JUVENIMSS O CARA.

14. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Pacheco, Sanchez C. Agencia Social, sexualidad y embarazo en menores de 15 años. *RevGerencPolitSalud*. 2015;14(29):62–82.
2. Arellano Penagos M. Embarazo en la adolescencia. *Cris en la Infanc y la Adolesc*. 2000;186–91.
3. Jimenez-Gonzalez A, Granados-Cosme JA, Rosales-Flores RA. Embarazo en adolescentes de una comunidad rural de alta marginalidad. Un estudio mixto de caso. *Salud Publica Mex*. 2017;59(1):11–8.
4. Barreto Hauzeur E, Sáenz Lozada ML, Velandia Sepulveda F, Gómez González J. El embarazo en adolescentes bogotanas: Significado relacional en el sistema familiar. *Rev Salud Publica*. 2014;15(6):837–49.
5. Geografía IN de E y. Estadísticas a Propósito Del Día Internacional De La Juventud (12 De Agosto) 2014;1990:1–15.
6. Riascos L. Desaciertos en la prevención del embarazo en adolescentes. *Salud Uninorte Barranquilla*. 2016;32(3):543–51.
7. Estupiñán-Aponte MR, Rodríguez-Barreto L. Aspectos psicosociales en universitarias embarazadas. *Rev Salud Pública*. 2009;11(6).
8. García Ramírez D. Funcionalidad Familiar De Las Adolescentes Embarazadas Derechohabientes De La UMF No. 75 DEL IMSS, nezahualcóyotl estado de México 2012” UNAM . 2013;1.
9. Congote-Arango LM, Vélez-García MA, Restrepo-Orrego L, Cubides-Munévar A, Cifuentes-Borrero Prof. R. Adolescence as a risk factor for maternal and perinatal complications in Cali, Colombia, 2002-2007: A cross-sectional study . *Rev Colomb Obstet Ginecol [Internet]*. 2012;63(2):119–26.
10. Domínguez-anaya R, Herazo-beltrán Y, Sc M. edad de la gestante adolescente como factor de riesgo para complicaciones EN Age as a risk factor for complications arising during pregnancy in adolescents , Cartagena , Colombia 2009 : a cross-sectional study. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2011;62(2):141–7.
11. Beltran L. Embarazo en Adolescentes. *Chile*. 2015;23:312–38
12. Allen-Leigh B, Villalobos-Hernandez A, Hernandez-Serrato MI, Suarez L, De la Vara E, De Castro F, et al. Inicio de vida sexual, uso de anticonceptivos y planificacion familiar en mujeres adolescentes y adultas en M??xico. *Salud Publica Mex*. 2013;55(SUPPL.2):235–40.
13. Castellar SG. Creencias y practicas de la sexualidad en adolescentes embarazadas de Cartagena, Colombia. 2015;23:312–38.

14. Sánchez-meneses MC, Dávila-mendoza R, Ponce-rosas ER. Conocimiento y uso de métodos anticonceptivos en adolescentes de un centro de salud. *Atención Fam* . 22(2):35–8.
15. Álvarez C, Pastor G, Linares M, Serrano J, Olalla R. Motivaciones para el embarazo adolescente. 2012;26(6):497–503.
16. Monterrosa-castro Á, Arteta-acosta C, Ulloque-caamaño L. Violencia doméstica en adolescentes embarazadas : caracterización de la pareja y prevalencia de las formas de expresión. 2017;30(Vd):34–46.
17. Villalobos-hernández A, Pobl DE De, Campero L, Ed D, Suárez-lópez L, D M, et al. Embarazo adolescente y rezago educativo : análisis de una encuesta nacional en México. 2015;57(2):135–43.
18. Médica R, Martha E, Manuel V, Acosta-varela ME, Cárdenas-ayala VM. El embarazo en adolescentes Factores socioculturales. 2012;
19. Sobeida M, Aída I, Carmen M, Carlos R, Blázquez-morales MSL, Torres-férman DIA, et al. Estilos de vida en embarazadas adolescentes. *Rev Colomb Enfermería*. 2010;2(2):1–15.
20. Chamorro-Vázquez E, Padilla-Loredo S, Del Pilar Gómez-Luján M, Quintero-Soto ML. Investigación Percepción del estado de salud y comportamiento sexual y reproductivo en adolescentes embarazadas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2016;24(1):45–50.
21. Sánchez B, Fernanda L, Abril M, Gustavo F, Díaz O, Manuel J. Factores asociados al parto pretérmino en adolescentes de Tunja , Boyacá * Factors Associated to the Preterm Birth in Adolescents of. 2016;
22. Cuenca LC, Atienzo EE, López LS, Prado BH. Salud sexual y reproductiva de los adolescentes en México : evidencias y propuestas I ntroducción. 2013;299–307.
23. Gloria O, Pérez B. Algunas consideraciones sobre comunicación , género y prevención del embarazo adolescente Some considerations on communication , gender and adolescent pregnancy prevention. 2011;50(2):245–9.
24. Cancino AMM, Valencia MH. Embarazo en la adolescencia: cómo ocurre en la sociedad actual. *Perinatol y Reprod Humana [Internet]*. 2015;29(2):76–82.
25. Pacheco-Romero J. Nutrición en el Embarazo y Lactancia. *Rev Peru Ginecol*. 2014;60(2):141–5.
26. Eduardo CV. Incidencia de complicaciones mayores en pacientes con preeclamsia severa. 2013.
27. Restrepo-Mesa SL, López NZ, Sosa BEP, Vásquez LEE, Atalah E. Embarazo adolescente: Características maternas y su asociación con el peso al nacer del neonato. *Arch Latinoam Nutr [Internet]*. 2014;64(2):99–

107.

28. Vallejo J. Embarazo en adolescentes complicaciones. *Rev Medica Costa Rica y Centroam.* 2013;(605):65–9.
29. Diaz, Mardorys; Amato, Rosanna; Chávez, José; Ramírez, Mónica; Rangel, Shirley; Rivera LLJ. Depresion y Ansiedad en. *Salus.* 2013;17(2):25–30.
30. Osorio I, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de instituciones educativas oficiales del Valle del Cauca, Colombia, 2006. *Colomb Med.* 2011;42(3):303–8.
31. Econ T. Consequences of Early Parenthood on Incomes : Colombian Case. 2016;34:103–25.
32. Corres Molina M, Castro EV, Ortiz Ruiz ME, Shaw Dulín RJ, Colín Valenzuela AG, Ponce Juárez ER. Morbilidad materno-fetal en adolescentes : experiencia en un hospital suburbano de México. *An Médicos.* 2013;58(3):175–9.
33. Díaz L, Chávez B. Complicaciones maternas en adolescentes y adultas afiliadas al régimen subsidiado, 2012. *Rev Fac Nac Salud Pública [Internet].* 2015;33(2):206–2014.
34. Uría RMA, González AC, Hernández AG, Alonso BR, Vicente LM. Seguimiento al hijo de madre adolescente. *Rev Cuba Med Gen Integr.* 2005;21(5–6):1–7.
35. G. CMSMECG. Morbimortalidad del recién nacido prematuro hijo de madre adolescente en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. *peronatologia Reprod humana.* 2015;2:49–53.
36. Alfonso Mendoza LT, Arias MG, Isabel Mendoza LT. Hijo de madre adolescente: riesgos, morbilidad y mortalidad neonatal. *Rev Chil Obs Ginecol.* 2012;77(5):375–82.
37. Odalis D, Caridad D, Milián A, Yamila D, Caraballo S, Orlando R. Morbilidad y mortalidad en hijos de madres en edades extremas. 2016;10(4):27–35.
38. Gómez EO, Villa Guardiola VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris.* 2014;10(1):11–20.
39. Agney Garcia Jesus. Tipos de familia en hogares de pacientes hipertensos de acuerdo a FACES III en poblacion de Santa Ana Sonora. 2012.
40. Conceptos basicos para el estudio de la familia. *Archivos de Medicina Familiar.* 2005;7:15–9.
41. Anzures-Carro R-L, Chávez-Aguilar V, García-Peña M-C, Pons-Álvarez O-N. *Medicina Familiar1- anzures.pdf.* 2008.
42. Juana. LGIBE. Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16

años con diagnóstico de depresión , que acuden a la consulta de psiquiatría en el h . g . r . 220 con medicina familiar del imss , DE Tipología y comunicación familiar en pacientes de 9 a 16 años co. 2013.

43. Huerta-González J-L. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 2005.
44. Roman, C. Angulo R. El medio familiar y sus herramientas. Rev Medica Md. 2015;6(4):294–9.
45. Gutiérrez E, Briseño R, Robles M, Rodríguez L, Sandoval M, Yáñez A. Taller de Nuevas Estrategias en el Estudio de Salud Familiar. 2014;1–44.
46. Díaz P, Fernández P. Investigación: Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles Cálculo del tamaño muestral en estudios de casos y controles. Cad Aten Primaria Actual. 2002;9(1709):148–50.
47. H MDELAM. REGLAMENTO de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. 2005;1–23.
48. Helsinki D De. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Asoc Médica Mund [Internet]. 2008;1–8.
49. Bioetrica CN de. Código de Nuremberg Normas éticas sobre experimentación en seres humanos. Usac [Internet]. 1997;1. - mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/2.INTL_Cod_Nuremberg.pdf
50. National Bioethics Advisory Commission. Ethical and Policy Issues Research: Clinical Trials in Developing Countries Vol. 1 [Internet]. 2001. 59 p

51. Zamudio Raya CA, Silva Contreras JG, Gómez Alonso C, Chacón Valladares P. Perfil epidemiológico de adolescentes embarazadas adscritas a una unidad de medicina familiar en Morelia, Michoacán, México. Aten Fam. 2018;25(2):54-58

15.-ANEXOS

Anexo 1.

APGAR FAMILIAR			
	CASI SIEMPRE (2)	ALGUNAS VECES (1)	CASI NUNCA (0)
Adaptabilidad ¿está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?			
Participación ¿le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?			
Crecimiento ¿su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades o hacer cambios en su estilo de vida?			
Afecto ¿está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?			
Resolución ¿le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?			

CALIFICACIÓN DEL APGAR FAMILIAR	
PUNTOS	EVALUACIÓN
0-3	Familia altamente disfuncional
4-6	Moderada disfunción familiar
7-10	Familia funcional

Anexo 2.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN ESTATAL GUERRERO
COORDINACIÓN DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL
COORDINACIÓN AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 9**



El presente cuestionario es anónimo y tiene como finalidad estudiar la funcionalidad y algunos otros factores involucrados en la presencia de embarazo en adolescentes para así poder contribuir a crear estrategias de intervención ante este problema de Salud Pública.

Tiene una duración aproximada de 20 minutos.

INSTRUCCIONES

A continuación, te presentamos una serie de preguntas, las cuales deberás por favor: Leer detenidamente y responder todas las preguntas. Escribir claramente en los espacios en blanco de modo que sea posible leerlas, y Marcar con una “X” una sola respuesta por pregunta (salvo excepciones, que se indican claramente en el cuestionario).

A. DATOS GENERALES DE LA ADOLESCENTE (CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN)

1. ¿Cuántos años cumplidos tienes actualmente?

- a) De 10 a 13 años..... ()
- b) De 14 a 16 años.....()
- c) De 17 a 19 años..... ()
- d) >19..... ()

2. ¿Qué escolaridad tienes?

- a) Analfabeta ()
- b) Primaria incompleta. ()
- c) Primaria completa ()
- d) Secundaria incompleta ().

- e) Secundaria completa. ()
- f) Bachillerato incompleto.()
- g) Bachillerato completo. ()
- h) Carrera técnica. ()
- i) Licenciatura ()
- j) otra:

3. ¿Cuál es tu estado civil?

- a) Soltera. ()
- b) Casada ()
- c) Divorciada. ()
- d) Viuda ()

4.- ¿Cuál es su ocupación previa al embarazo ?

- a) Ama de casa. ()
- b) Estudiante. ()
- c) Trabajo. ()
- d) Otro (Especifique) _____

5.- ¿En algún momento de tu vida recibiste algún de tipo de información sobre cualquier tipo de método anticonceptivo?

SI ()

NO ()

6.- ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

7.- ¿fue planeado tu embarazo?

Si ()

No ()

8.- ¿Alguien en tu familia tuvo un embarazo antes de los 19 años?

Si ()

No ()

Tipología familiar:

1.- ¿De dónde eres Originaria?

R: _____

2.- De acuerdo a tu familia de origen especifica el número de integrantes de tu familia:

R: _____

3.- Menciona los integrantes de tu familia de origen y la ocupación que tienen contigo:

R _____

¿Cuál es la escolaridad de tu madre?

- 1) Analfabeta ()
- 2) Primaria incompleta. ()
- 3) Primaria completa ()
- 4) Secundaria incompleta ().
- 5) Secundaria completa. ()
- 6) Bachillerato incompleto. ()
- 7) Bachillerato completo. ()
- 8) Carrera técnica. ()
- 9) Licenciatura ()
- 10) otra:

¿Cuál es la escolaridad de tu padre?

- 1) Analfabeta ()
- 2) Primaria incompleta. ()
- 3) Primaria completa ()
- 4) Secundaria incompleta ().
- 5) Secundaria completa. ()
- 6) Bachillerato incompleto.()
- 7) Bachillerato completo. ()

8) Carrera técnica. ()

9) Licenciatura ()

10) otra:

¿Cuál es la ocupación de tu madre?

R: _____

¿Cuál es la ocupación de tu padre?

R: _____



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(NIÑOS Y PERSONAS CON DISCAPACIDAD)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

Comparación de la funcionalidad y tipología familiar en primigesta adolescentes con primigestas en etapa no adolescente del hospital general regional no 1 Vicente Guerrero Acapulco Guerrero.

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Acapulco de Juárez, Guerrero, octubre a Diciembre del 2018

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Estudiar la funcionalidad y la tipología de las adolescentes primigesta y compararlo con las primigestas en edad adulta que acuden a la consulta externa de bajo y alto riesgo del Hospital general regional Vicente Guerrero en Acapulco Guerrero.

Procedimientos:

Contestar un cuestionario avalado a nivel internacional para conocer la funcionalidad y la tipología familiar en embarazadas adolescentes y compararlo con embarazadas adultas.

Posibles riesgos y molestias:

No existe riesgo alguno, y los beneficios potenciales derivados de la información proporcionada son la gestión y mejora de los programas de salud en beneficio de los pacientes.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Mejorar la calidad de atención, dar seguimiento y apoyo a los afectados.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El investigador responsable se compromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado, que pudiera ser ventajoso para el tratamiento de los participantes (en su caso), así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que se les plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con el tratamiento de los participantes (en su caso).

Participación o retiro:

Según el Art. 100 de la Ley General de Salud, describe que el profesional de responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, invalidez o muerte del sujeto en quien se realice la investigación.

Privacidad y confidencialidad:

Según el Art. 16 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, en investigación en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudios y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: DR. Baltazar Joanico Morales

Colaboradores: DR. Aldo Paul Rodríguez Valencia.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: “COMPARACION DE LA FUNCIONALIDAD Y TIPOLOGIA FAMILIAR EN PRIMIGESTA ADOLESCENTES CON PRIMIGESTAS EN ETAPA NO ADOLESCENTE DEL HOSPITAL GENERAL REGIONAL NO 1 VICENTE GUERRERO ACAPULCO GUERRERO.”

Patrocinador externo (si aplica) No hay patrocinio externo

Lugar y Fecha: Acapulco, Guerrero. a :

Número de Registro.

Justificación y objetivo del estudio. Estudiar la funcionalidad y la tipología de las adolescentes primigestas y compararlo con las primigestas en edad adulta que acudan a la consulta externa de bajo y alto riesgo del Hospital general regional Vicente Guerrero en Acapulco Guerrero.

Procedimientos: Se me ha explicado que mi participación consistirá en: contestar un cuestionario de acuerdo a mi condición de salud actual.

Posibles riesgos y molestias: Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: Ninguno riesgo ya que es una entrevista.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento y seguimiento. Así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos y beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque ésta pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el estudio.

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

Privacidad y confidencialidad El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- () No autorizo que se tome la muestra
- () Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- () Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica) NO APLICA.

Beneficios al termino del estudio: Se me otorgara información sobre cualquier duda que plantee acerca de los procedimientos que se me realicen y mi tratamiento.

En caso de dudas o aclaraciones con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable: DR. DR. BALTAZAR JOANICO MORALES

baltazar.joanico@imss.gob.mx tel. 4455340

Colaboradores: DR. ALDO PAUL RODRIGUEZ VALENCIA

alrovalencia@gmail.com tel. (744) 482-30-31

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del paciente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo Nombre, dirección, relación y firma

Testigo Nombre, dirección, relación y firma